



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Tecnología Médica

**Capacidad funcional y su influencia en el riesgo de
caída del adulto mayor albergado en el Centro de
Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul –
Barrios Altos, Lima 2018**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología
Médica en el área de Terapia Ocupacional

AUTOR

Jenny Jessy CARRILLO GARCÍA

ASESOR

Alicia Violeta HERRERA BONILLA

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Carrillo J. Capacidad funcional y su influencia en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul–Barrios Altos, Lima 2018 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Tecnología Médica; 2019.



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú, Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Tecnología Médica

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN E IMPUNIDAD"



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Conforme a lo estipulado en el Art. 113 inciso C del Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (R.R. No. 03013-R-16) y Art. 45.2 de la Ley Universitaria 30220. El Jurado de Sustentación de Tesis nombrado por la Dirección de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, conformado por los siguientes docentes:

Presidente: Lic. Eduardo Enrique Sarmiento Hurtado

Miembros: Lic. Mirtha Felicia Sánchez Casas

Lic. Amelia del Rosario Olórtegui Moncada

Asesor : Lic. Alicia Violeta Herrera Bonilla

Se reunieron en la ciudad de Lima, el día 19 de marzo 2019, procediendo a evaluar la Sustentación de Tesis, titulado "CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN EL RIESGO DE CAÍDA DEL ADULTO MAYOR ALBERGADO EN EL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL – BARRIOS ALTOS, LIMA 2018", para optar el Título Profesional de Licenciada en Tecnología Médica en el Área de Terapia Ocupacional de la Bachiller:

JENNY JESSY CARRILLO GARCÍA

Habiendo obtenido el calificativo de:

13

(en números)

TRECE

(en letras)

Que corresponde a la mención de:

REGULAR

Quedando conforme con lo antes expuesto, se disponen a firmar la presente Acta.

Eduardo Enrique Sarmiento Hurtado

Presidente

Lic. Eduardo Enrique Sarmiento Hurtado

Mirtha Felicia Sánchez Casas

Miembro

Lic. Mirtha Felicia Sánchez Casas

Amelia del Rosario Olórtegui Moncada

Miembro

Lic. Amelia del Rosario Olórtegui Moncada

Alicia Violeta Herrera Bonilla

Asesor(a) de Tesis

Lic. Alicia Violeta Herrera Bonilla



DEDICATORIA

A mi madre Manuela García Acosta por ser una mujer luchadora, por la confianza y apoyo durante cada paso que he realizado. A mi padre José Carrillo Porras por su comprensión y guía en estas etapas. A mi tía María García por todo su cariño. A mis hermanos Mirella, Allison y José que los adoro mucho.

AGRADECIMIENTO

En este trabajo de investigación quiero manifestar mi profundo agradecimiento por el asesoramiento, conocimiento y apoyo durante todo el proceso de la investigación. A mi profesora, asesora y amiga, la licenciada Alicia Herrera Bonilla.

Al doctor Carlos Valdivieso León por ser parte de mi formación, orientación y apoyo en la investigación.

También a la Sociedad de Beneficencia de Lima Metropolitana por brindarme el permiso de ejecutar mi proyecto de tesis.

Al Centro de Atención Residencial Geriátrico “San Vicente de Paul” que se encuentra a cargo de la Lic. Margarita Bastidas Aliaga por brindarme su apoyo para poder acceder al centro y culminar satisfactoriamente la investigación.

Finalmente estoy agradecida al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación a cargo del Licenciado Raúl Ravelo Flores por abrirme las puertas del servicio y hacerme sentir cómoda todo el tiempo que se recopiló los datos, por el apoyo constante en cualquier dificultad que se presentaba en el transcurso del desarrollo de la tesis y brindarme soluciones lo más pronto posible.

INDICE

CAPITULO I:	2
INTRODUCCIÓN	2
1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES	5
1.2 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN	12
1.3. OBJETIVOS	14
1.3.1 OBJETIVO GENERAL	14
1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	14
1.4 BASES TEÓRICAS	15
CAPITULO II:	27
MÉTODOS	27
2.1 DISEÑO METODOLOGICO	28
2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	28
2.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	28
2.1.3 POBLACIÓN	28
2.1.4 MUESTRA Y MUESTREO	28
2.1.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN	28
2.1.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	29
2.1.5. VARIABLES	29
2.1.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	29
2.1.7. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS	37
2.1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
CAPITULO III:	40
RESULTADOS	40
CAPITULO IV:	49
DISCUSION	49
CAPITULO V:	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	54
4.1 CONCLUSIONES	55
4.2 RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
ANEXOS	60
Anexo Nº 1: Instrumento de evaluación	60
Anexo Nº 2: Documento del comité de ética	65
Anexo Nº 3: Consentimiento Informado	67

Anexo N° 4: Operacionalización de variables	70
---	----

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Perfil sociodemográfico de los adulto mayores albergados en el centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul- lima 2018.....	40
Tabla 2: Influencia de la Capacidad Funcional sobre el riesgo de caída de los adultos mayores albergados en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul. Barrios Altos Lima 2018	41
Tabla 3: Grados de la Capacidad Funcional en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul Barrios Altos. Lima 2018.....	43
Tabla 4: Distribución de los factores de riesgo de caída de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul. Barrios Altos. Lima 2018.....	44
Tabla 5: Distribución de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul. Barrios Altos. Lima 2018.....	45

LISTA DE GRAFICOS

Gráfico 1: Muestra la relación del grado de dependencia y la clasificación del riesgo de caída(Bajo riesgo y Alto riesgo) de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul Barrios Altos 2018.....	42
Gráfico 2: Grados de la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul Barrios Altos 2018.....	43
Gráficos 3: Distribución de los factores de riesgo de caída de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul Barrios Altos 2018.....	44
Gráficos 4: Muestra la distribución de las actividades básicas de la vida diaria y el resultado del índice de Barthel de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul Barrios Altos 2018.....	46

RESUMEN EN ESPAÑOL

INTRODUCCION: La presente investigación brindará información confiable respecto a la capacidad funcional, en una población de estudio de adultos mayores, siendo esta una población vulnerable y que en estos tiempos ya no es un grupo etario ajeno a necesidades o que solo debe importarles a sus familiares, ahora toma vital importancia los factores en que repercuten si un adulto mayor llega a sufrir alguna discapacidad y que esta lo discapacite de manera prolongada.

OBJETIVOS: Determinar en qué medida la capacidad funcional influye en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul – Barrios Altos 2018.

DISEÑO: Descriptivo, observacional, de corte transversal, cuantitativo, prospectivo y correlacional.

RESULTADOS: Se entrevistó a 57 albergados cuya edad promedio fue de 80.37 años de ellos el 59.6% fue varones y el 40.4 % mujeres. Los adultos mayores albergados presentan mayoritariamente dependencia leve (40.35%) en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria y se observa también que el mayor número de dependencia se encuentra en el sexo masculino. El mayor factor de riesgo de caída es la toma de medicamentos con un 100 % de los adultos mayores (57 personas) es decir es un factor condicionante en el total de la muestra. El déficit sensorial se encuentra en un segundo lugar con un 71.9 % y el factor de deambulación con un 64.9 %. Se relacionó el riesgo de caída con el sexo en los adultos mayores en lo cual se obtuvo que en el sexo masculino el 54. 38 % es Alto riesgo y en caso de las mujeres es de 33.33 %. Los que tienen bajo riesgo son del sexo masculino es de 5.26% y en el caso del sexo femenino es de 7.01%.

CONCLUSIONES: La capacidad funcional influye significativamente en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul (Alto Riesgo 87.7%).

ABSTRACT

INTRODUCTION: This research will provide reliable information regarding functional capacity in a study population of older adults, this being a vulnerable population and that in these times is no longer a group outside of needs or that should only concern their families, now it takes vital importance the factors in which they have an impact if an older adult comes to suffer a disability and that it is disabled in a prolonged way.

OBJECTIVES: To determine the extent to which functional capacity influences the fall risk of the elderly person housed in the San Vicente de Paul Geriatric Center - Barrios Altos 2018.

DESIGN: Descriptive, observational, cross-sectional, quantitative, prospective and correlational.

RESULTS: 57 sheltered were interviewed whose average age was 80.37 years of them 59.6% were males and 40.4% females. The elderly sheltered mostly have mild dependence (40.35%) in the performance of their basic activities of daily life and it is also observed that the highest number of dependence is found in the male sex. The biggest risk factor for falling is taking medicines with 100% of the elderly (57 people), that is, it is a determining factor in the total of the sample. The sensory deficit is in second place with 71.9% and the walking factor with 64.9%. The risk of falling with sex in older adults was related, in which it was found that 54.38% in the male sex is High risk and in the case of women it is 33.33%. Those who are at low risk are males, 5.26% and in the case of females, 7.01%.

CONCLUSIONS: Functional capacity significantly influences the fall risk of the older adult housed in the San Vicente de Paul Geriatric Center (High Risk 87.7%).

CAPITULO I:
INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS - 2015), informó que la población adulta mayor está incrementándose y la esperanza de vida está llegando a una edad mayor o igual a los 60 años. Las proyecciones arrojaron que para el año 2050 la población mundial alcance a los 200 millones, lo que significa un incremento de 900 millones en comparación del 2015.

Existen 125 millones de personas que superan los 80 años o más. Habrá una cifra aproximada de personas que tienen ese rango de edad (120 millones) solamente en china y 434 millones alrededor del mundo. Un 80% de los adultos mayores vivirían en regiones donde los ingresos son bajos y medianos. (1)

El incremento de la población adulta mayor ya no es un fenómeno que solo afecta a los países desarrollados donde las cifras oscilan entre un 12 a 15% de la población general, sino también afecta a los países que se encuentran en vías de desarrollo, como son los que pertenecen a América Latina. (2)

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (Perú - 2017) informó que debido a los grandes cambios demográficos que han sucedido en el país, la población está experimentando cambios significativos. En la década de los años cincuenta, la población peruana estaba compuesta mayoritariamente por niños(as); así que de cada 100 personas, 42 eran menores de 15 años de edad y de cada 100 habitantes, 27 son menores de 15 años. (3)

La capacidad funcional tiene como definición que es un conjunto de habilidades tanto físicas, mentales y sociales que posibilita que la persona pueda desarrollar las actividades que requiere su entorno. Se subdivide en 2 clasificaciones las actividades de la vida diaria: las actividades básicas y las actividades instrumentales. (4)

Asimismo, los adultos mayores es una población con un alto índice de padecer enfermedades tales como las que son embarcadas en los grandes síndromes geriátricos (incontinencia urinaria y fecal, demencia, alteración en vista y oído, desnutrición, depresión, inmovilidad, inestabilidad y caídas (5), que puede ocasionar algún grado de dependencia del adulto mayor al limitar el desarrollo

de sus actividades básicas de vida diaria, que a su vez va disminuyendo conforme avanza la edad.

Diversos estudios se han orientado en medir el riesgo de caída, a través de las evaluaciones funcionales, sin tomar en cuenta la necesidad de realizar una investigación propia que busca cuantificar el nivel de riesgo, por medio de los factores condicionantes que actúan en ella, sean factores intrínsecos y extrínsecos. (6)

Aquí es donde toma importancia la capacidad funcional, que tanto este repercute como un factor de riesgo de caída, que es una causa alarmante de discapacidad del adulto mayor.

Las caídas se definen como cualquier suceso o incidente involuntario que provoca que el sujeto tenga una pérdida del equilibrio y con lleva que existe un impacto del cuerpo sobre la tierra o cualquier superficie que lo frene.

Consecuencias de sufrir una caída pueden llegar a ser mortales o con llevan a una situación de discapacidad. (7)

Las caídas representan un notable problema de salud pública, se estima que al año se genera 646 000 caídas mortales, lo que con lleva a afirmar que es la segunda causa mundial de deceso por lesiones no intencionales. (1)

Estas caídas tienen factores que se encuentran ya identificados. Pero es diferente según cada diagnóstico individual, la condición funcional y las singularidades del entorno

Los factores que influyen en una caída se dividen en intrínsecos (propio del paciente) o extrínsecos (relacionado con su actividad o entorno). (8)

1.1 DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES

Con el fin de iniciar una investigación consistente, desde el punto de vista científico; al revisar los antecedentes se ha prestado atención especial al deterioro funcional y al riesgo de caídas que sufren los adultos mayores, a este respecto se revisaron las siguientes investigaciones:

T.Y Delgado Cerrot (2014), " Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico "Ignacia Rodulfo vda. De canevaro" lima, 2014". (9)

El objetivo de este estudio fue determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación que existe con sus características sociodemográficas. Método del estudio fue de corte transversal y descriptivo. Se utilizó la evaluación de Barthel a una población conformada por 92 albergados, para calcular la capacidad funcional de los albergados. Igualmente se utilizó 2 indicadores para cuantificar las características sociodemográficas.

Los resultados arrojaron que existe una relación inversa y notoriamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0.433$ y una $p = 0.013 \%$; encontraron que tiene una mayor independencia con un 85.7% . Se demostró que no existe relación de la capacidad funcional y el sexo.

En las conclusiones se halló que existe una relación inversa y notoriamente significativa entre capacidad funcional y edad. Por otro lado se concluyó que la capacidad funcional no guarda relación con el sexo de los adultos mayores. (9)

Eliane Pinheiro de Moraes y cols (2010) “Capacidad Funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur”, Brasil.

El objetivo de la presente investigación buscó trazar un panorama de los ancianos con 80 años o más, en relación a su grado de dependencia para las Actividades de vida diaria, en tres regiones de Rio Grande del Sur en donde la muestra está conformada de 155 ancianos con 80 años o más. El Método del estudio fue transversal prospectivo. Evaluaron el nivel de dependencia de los adultos mayores por medio de la escala de las Actividades de Vida Diaria, conformada por las actividades básicas y instrumentales de la vida diaria.

Los resultados que arrojaron fue que las características sociodemográfica de los adultos mayores de 80 años o más, indicaron que existe un dominio del sexo femenino en la región rural con un 60,4% y en el distrito de Porto Alegre con un 79,1%. En la región norte, los adultos mayores pertenecían al sexo masculino con un 56,3%. En relación a la edad, en las tres regiones se demostró la dominancia del intervalo de edad de 80 a 84 años. En relación si el adulto mayor tiene un acompañante en la región rural el 70.8% no tiene. En la región urbana se presentó lo mismo en un 76.7%. A diferencia en la región norte la mayor proporción de adultos mayores viven con un acompañante.

En relación al nivel escolar, en la región rural existe un alto índice de ancianos analfabetos o con estudios de primaria incompleta (94.30%), de igual forma la región urbana con (87.5%). Los resultados en la región urbana de Porto Alegre arrojaron resultados similares (41.9%) de los ancianos son analfabetos o primaria incompleta. Se destacó también en esta región que el 16.3% tenían nivel de estudio medio o

superior. Los resultados de la variables, arrojaron que existe (54.1%) una mayor independencia en los hombres que en las mujeres.

Al relacionar los rangos de edad, el 28.6% de las personas ancianas que tienen entre 80 y 84 años tienen dependencia grave, el intervalo de edad demostraba mayor incidencia en los grados de dependencia (>60%). Sin embargo, no arrojó una asociación significativa ($p=0.183$).

Concluyeron que existe un mayor predominio en el sexo femenino en dos de las regiones; el mayor rango de edad fue de 80 a 84 años en las 3 zonas; se evidenció un índice mayor de analfabetos o con primaria incompleto en la región rural y urbana del Norte. Y una mayor independencia para las actividades de vida diaria en los ancianos de la región rural. (10)

Jack Roberto Silva Fhon y cols (2012) "Caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional" Brasil. (11)

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de caídas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional. La población de estudio está conformada por 240 adultos mayores. El método utilizado para este estudio fue de corte transversal de base poblacional. Los resultados arrojaron que el promedio de las edades fue de 73.5% y el rango de edad de 80 a más fue del 25% con mayor predominio en el sexo femenino. El promedio de los índices de caída fue de 1.33 (± 0.472) y con predominio en mujeres y adultos mayores más jóvenes; se encontró que sufren más caídas en el patio y el baño.

Se encontró la correlación entre la edad y el nivel de independencia funcional y las actividades instrumentales. Y no se halló relación entre los adultos mayores que se cayeron con la edad y el sexo.

Y como conclusión del estudio fue que las mujeres sufren de un mayor número de caídas al relacionarlas con su independencia funcional y lo que se podría revertir si se implementan políticas para mejorar la condición de vida durante esta etapa. (11)

Thaís Alves Brito y cols (2013) "Caídas y capacidad funcional en ancianos longevos residentes en la comunidad" Brasil. (12)

El objetivo del estudio fue demostrar la asociación que existe entre las caídas y la capacidad funcional en los ancianos residentes. Es un estudio de corte transversal. La población de estudio está conformada por 94 adultos mayores. La recolección de datos, se llevó a cabo en el mes de enero 2011, fue de manera domiciliaria utilizando un cuestionario sociodemográfico, incidencia de caída y la ficha de evaluación Katz. Para el análisis de datos se utilizó la prueba de Poisson con un 5% de significancia. La edad promedio fue de 86.1 años ($\pm 6,39$), siendo de mayor predominio de sexo femenino (59.6%).

El porcentaje de caídas fue 27,7% y fueron clasificados como dependientes para la realización de sus actividades de vida diaria 19,6% de los ancianos. Identificaron que existe una asociación entre caídas y la capacidad funcional ($RP=2,08$; 1,17 -3,70).

Los resultados arrojaron que el número de caídas es mayor entre los ancianos dependientes que entre los ancianos independientes. (12)

Jhoana Gretel Quiñonez Torres (2017) "Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016" Perú. (8)

El objetivo principal de este estudio fue calcular el riesgo de caídas del adulto mayor en el Hospital Geriátrico PNP "San José", enero 2017. La metodología de este estudio fue descriptivo y transversal. Para este estudio se encuestó a 120 personas adultos mayores, el sexo femenino

es el 63.3% y del sexo masculino 36.7%. Y el promedio de las edades fue de 76.8 años. El 70% de los adultos mayores presentaron un riesgo alto de caída y el 30% de los adultos mayores riesgo bajo. Al relacionar lo grupos de edades con el riesgo de caída se obtuvo: Riesgo bajo (58.3%) el grupo de 60 a 71 años, con el riesgo alto (42.9%) al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de 93 a 101 años hay un riesgo alto. Al identificar los factores que provocan una caída resulto que es la toma de medicamentos (87%) y el déficit sensorial (79%) y el de menor proporción el estado mental (6%). Como conclusión concluyó que el nivel de riesgo de caídas es un riesgo alto. (8)

María Isabel Arteaga-Hernández y col (2014) “Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor” México.
(13)

“El objetivo de este estudio fue identificar la relación entre la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria y las necesidades humanas de los adultos mayores que egresan de los servicios de medicina interna y cirugía de un hospital público. El método del estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional, de corte transversal. Para la recolección de los datos utilizaron la Escala de Barthel, el instrumento de valoración de Virginia Henderson y el Short Portable Mental Status Questionnaire de Pfeiffer en una población de 185 adultos mayores sin importar su sexo.”

“Los resultados arrojaron que el grupo de adultos mayores presentó edades entre los 60 y 100 años, con una media de 72 ± 7.97 años. Del total ($n = 119$), 64.3 % se encontraba entre los 60 y 74 años de edad y el resto (39.5 %) con edades de 75 a 100 años. Los adultos mayores presentaron problemas físicos previos que dificultaban el desarrollo de las actividades básica e instrumentales de la vida diaria: 84.9 % indicó dificultades para ver de cerca, 81.1 % dolor y 74.6 % falta de apetito, 68.6% tenía problemas para escuchar, 61.6 % se había caído en el

último año y 45.9 % manifestó mareo o inestabilidad al caminar.”
“Respecto a las capacidades funcionales evaluadas con la Escala de Barthel; es posible apreciar que 57 % de los adultos mayores de esta muestra tenía dependencia severa, con lo cual indicaron que este grupo necesita cuidado sustitutivo para realizar actividades relacionadas con la alimentación, traslado, aseo y movilidad. Al relacionar los datos con los grupos de edad y el nivel de dependencia fue posible observar que la dependencia era directamente proporcional a la edad; al estratificar a los adultos mayores en dos grupos de edad, aquellos de 75 a 100 años de edad presentaron la mayor proporción de dependencia severa (72.3 %) y que el nivel de dependencia más frecuente, tanto en estos como en los de 60 a 74 años, fue la dependencia severa. Las conclusiones apuntaron hacia el incremento de la vulnerabilidad de los adultos mayores durante la hospitalización, lo cual es preocupante si consideramos que una vez que egresen regresarán a su hogar con su capacidad funcional disminuida e incremento en sus demandas de salud.” (13)

María Elena Flores Villavicencio y cols (2014) “Funcionalidad y autopercepción de la salud en adultos mayores con fracturas” México.

El objetivo de este estudio consistió en identificar la relación que hay entre la funcionalidad y la autopercepción de la salud y sus diferencias por edad y sexo del Servicio de Traumatología del Hospital Civil de Guadalajara “Fray Antonio Alcalde”. El método del estudio fue descriptivo, correlacional, de corte transversal. Se aplicó la Escala de Barthel y el Cuestionario de Salud SF-36 a 285 adultos mayores.

Los resultados del promedio de las edades de los 285 adultos mayores internados en el Servicio de Traumatología fue de 76 años, con un rango mínimo de 60 y un máximo de 104; de ellos, 69.1% eran mujeres y 30.9% varones. En 74.0% de los casos la información se obtuvo

directamente del paciente y 26.0% del familiar responsable. Mediante la escala de Barthel demostraron que 45.3% de los adultos mayores incluidos en el estudio mostraron niveles de dependencia total (inmovilidad completa) y 33.0% dependencia grave (movilidad limitada). Los resultados indican que estas personas no podían realizar todas las actividades básicas de la vida diaria debido a la pérdida de su autonomía. La asociación de las dimensiones de autopercepción de la salud con la funcionalidad del adulto mayor corroboraron que quienes mostraban niveles de dependencia total y grave percibían una grave alteración de su salud, siendo las dimensiones con autopercepción de salud como mala las de función física, función social y salud mental, lo que demuestra que a la mayoría de los adultos mayores incluidos en el estudio les preocupaba su actividad física y su interacción con familiares y amigos. En las conclusiones sobresalió la asociación de la autopercepción de la salud con el tipo de fractura y la intensidad del dolor, que en conjunto aumentan la incapacidad para realizar las funciones cotidianas, provocando el síndrome de inmovilización por la total dependencia que acarrea. Por lo tanto, en el grupo de adultos mayores con fracturas de cadera y vértebra se demostró que hay una dependencia total y grave, una percepción de la salud como mala –en especial en las funciones físicas, sociales y de salud mental– y pérdida de la autonomía al depender de otras personas para realizar las actividades cotidianas. (14)

1.2 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Debido a los cambios que se van incrementando desde 1992, cuando la esperanza de vida no superaba los 68 años, el adulto mayor solo se limitaba a tener una rutina sedentaria en su hogar y que esto a largo plazo conlleva a la muerte.¹ En la actualidad se está viviendo un proceso en que el adulto mayor está aumentando su esperanza de vida y en el mundo hay más adultos mayores que recién nacidos, esto significa que la pirámide poblacional está variando. Todos estos cambios traen consigo un impacto en la sociedad y en las familias.

La presente investigación permite ampliar conocimientos confiables respecto a la capacidad funcional en una población de adultos mayores; siendo esta una población vulnerable y demostrando que no es un grupo etéreo ajeno a necesidades o que solo debe importarles a sus familiares, ahora toma vital importancia los factores en que repercuten si un adulto mayor llega a sufrir alguna discapacidad y que esta lo limite de manera prolongada.

Al determinar en qué medida la capacidad funcional influye en el riesgo de caída en el adulto mayor, se buscará demostrar si existe una repercusión significativa para la realización de sus actividades de vida diaria de forma independiente y como esto conlleva a los adultos mayores a sufrir caídas que produzcan a una situación de discapacidad.

El Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl es un albergue que pertenece a la Beneficencia Pública de Lima y brinda un servicio integral a los adultos mayores que se encuentran en situación de dependencia, es decir, son asistidos permanentemente por un equipo de profesionales. En este Centro se divide a los adultos mayores albergados en 3 clasificaciones. Adulto mayor que pertenece al pabellón de parciales, adulto mayor que pertenece al pabellón de totales y adulto mayor que pertenece al pabellón de agudos. Esta

clasificación se realiza teniendo en cuenta el grado de funcionalidad del adulto mayor albergado. (20)

Siendo una población cautiva, muchos de ellos en condición de abandono, el personal a cargo se convierte en su cuidador; este personal asiste o supervisa aproximadamente a 4 albergados por día, debiendo repartir sus tiempos y cuidados según los déficits que presenta el albergado a cargo.

La ausencia de un terapeuta ocupacional favorece la dependencia de los albergados ya que en general, sus funciones (físicas, cognitivas, emocionales) se ven mermadas por la falta de motivación e interés. Así también el personal a cargo podía beneficiarse al recibir un albergado más activo a quien supervisar, además de recibir entrenamiento específico para su trabajo diario.

Estas dos condiciones mejoraran la calidad de vida de los albergados, que serán más funcionales, y del personal, que disminuirá su estrés laboral.

La conclusión de este estudio permitirá tomar medidas adecuadas para el cuidado del adulto mayor y modificar la rutina del día en aquellos adultos mayores institucionalizados, que favorezcan su máxima participación.

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 OBJETIVO GENERAL

- Determinar en qué medida la capacidad funcional influye en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul – Barrios Altos 2018.

1.3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar los factores de riesgo más frecuentes de caídas que presentan los adultos mayores albergado en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul - Barrios Altos 2018.
- Identificar las actividades básicas más afectadas en los adultos mayores albergado en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul – Barrios Altos 2018.

1.4 BASES TEÓRICAS

1.4.1 BASE TEÓRICA

CAPACIDAD FUNCIONAL: (4)

“La capacidad funcional es definida como conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno. Se distingue dos dimensiones de competencia en la realización de las actividades de la vida diaria de las personas mayores: la competencia básica y la competencia instrumental.”

“La competencia básica es la capacidad para ejecutar actividades básicas de autocuidado (denominadas actividades básicas de la vida diaria), tareas necesarias para un funcionamiento independiente en su comunidad (actividades instrumentales de la vida diaria) y marcadores de actos más complejos (actividades avanzadas de la vida diaria). Las actividades básicas se refieren a los comportamientos que las personas deben realizar para cuidar de sí mismos y vivir de forma independiente y autónoma. Incluyen actividades como bañarse, vestirse, alimentarse, moverse, controlar los esfínteres y el arreglo personal entre otras.”

Las actividades instrumentales de la vida diaria se refieren a acciones complejas asociadas con la vida independiente, tales como cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transporte público, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardinería y cuidado de animales entre otras labores.

“Actualmente es reconocida la trascendencia que reviste en las personas mayores la “capacidad funcional” como parámetro de evaluación del estado de salud, entendiéndose como funcionalidad la posibilidad de realizar determinadas acciones de la vida diaria. Surgen

de este modo las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que permiten la subsistencia del individuo englobando las capacidades de autocuidado más elementales. Éstas son las últimas en perderse o las primeras en recuperarse después de un deterioro funcional y su dependencia es incompatible con la vida si no es sustituida por un cuidador.”

Según Zavala, la capacidad funcional es definida por medio de tres componentes: (4)

- **Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**, “correlacionadas con funciones y coordinación motoras, que mide la independencia de los adultos mayores en la alimentación, continencia, movilidad, uso del excusado, vestido y aseo corporal.”

- **Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, “las cuales pueden definirse como aquellas actividades que son vitales para el mantenimiento de la función normal de los adultos mayores en el hogar y en la comunidad. Las AIVD son tareas más complejas, como usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, cuidar el hogar, lavar la ropa, usar los medios de transporte y asumir la responsabilidad respecto de la medicación y el manejo de asuntos económicos.”

- **Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)**, llevan a desarrollar un rol en la sociedad. (4)

“Las Actividades de Vida Diaria son elementos clave para medir la calidad de vida y el estatus funcional en los adultos mayores. El bienestar en los ancianos depende de las condiciones de vida que les ofrezca el medio donde se desenvuelven, exigen la satisfacción de sus crecientes necesidades psicológicas, socioeconómicas, biológicas y

funcionales, factores que tienen una indisoluble interrelación en la producción del proceso patológico.”

CAIDAS:

“Las caídas se definen como consecuencia de cualquier acontecimiento que precipite al paciente al suelo en contra de su voluntad. Es, junto con la incontinencia urinaria, úlceras por decúbito, inmovilismo, deterioro cognitivo, uno de los grandes síndromes geriátricos” (6)

“Una caída es la interacción entre factores de riesgo (enfermedades crónicas, alteraciones del equilibrio y la marcha, fármacos, etc) y exposición a situaciones de riesgo u oportunidades de caer que se deben tomar conjuntamente en consideración.” (6)

“La caída en un anciano no es un hecho impredecible o inevitable, debido al azar o al envejecimiento normal del individuo. En la mayoría de los casos se trata de una inadaptación entre el anciano y su entorno de origen multifactorial; el riesgo de sufrir una caída aumenta linealmente con el número de factores de riesgo existentes.” (6)

“Más de la mitad de las caídas llevan a algún tipo de lesión. Aproximadamente una de cada diez caídas llevan a lesiones serias (fracturas, luxaciones, etc.) que pueden generar complicaciones importantes (inmovilidad prolongada, etc.).” (15)

Clasificación de Caídas:

- “Caída accidental: es aquella que generalmente se produce por una causa ajena al adulto mayor sano (ejemplo: tropiezo) y que no vuelve a repetirse.”
- “Caída repetida: expresa la persistencia de factores predisponentes como: enfermedades crónicas múltiples, fármacos, pérdidas sensoriales, etc.”

- “Caída prolongada: es aquella en la que el adulto mayor permanece en el suelo por más de 15 o 20 minutos por incapacidad de levantarse sin ayuda. Los adultos mayores que tienen mayor prevalencia de caídas prolongadas son: aquellos de 80 años o más, con debilidad de miembros, con dificultades para las actividades del vivir diario y/o toman medicación sedante.” (16)

RIESGO DE CAÍDAS: (7)

“El riesgo caída es el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. La importancia de las caídas radica en su potencial morbilidad y en su papel como marcador para detectar patologías subyacentes.

Las caídas reiteradas deben considerarse como indicadores de una situación de fragilidad o tendencia a la discapacidad y son tanto el resultado como la causa de patologías diversas, pudiendo incluso suponer causa directa de muerte para el individuo o bien a través de sus implicaciones mórbidas.”

“No es un fenómeno inevitable del envejecimiento. Tiene sus propios factores de riesgo perfectamente identificados.”

Causas de una caída: (7)

“La caída es el resultado de la interacción de factores intrínsecos (trastornos individuales), factores extrínsecos (riesgos medioambientales) y factores circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando). Por ejemplo, una anciana con artrosis y neuropatía diabética (factores intrínsecos) va caminando descalza por el pasillo (factor extrínseco) mientras se dirige al cuarto de baño por la noche (factor circunstancial). El riesgo de caída se incrementa

conforme aumentan los factores de riesgo, aunque debemos saber que son los factores intrínsecos los más importantes en la génesis de una caída.”

“La situación funcional del anciano hace que prevalezcan unos factores u otros. En ancianos vigorosos, los factores ambientales son los que fundamentalmente determinan el riesgo de caída, mientras que en el anciano frágil prevalecen los intrínsecos, como las alteraciones de la marcha y el equilibrio.” (7)

Factores de Riesgo: (6)

– Factores intrínsecos

“Son los cambios y trastornos relacionados con el envejecimiento que afectan a las funciones necesarias para mantener el equilibrio. Estas funciones son: la propioceptiva, la vestibular y la visual que se integran a nivel del cerebelo. También son importantes en este sentido la función musculoesquelética y la cognitiva.” (6)

“Existen dos factores de riesgo directamente relacionados con la posibilidad de sufrir una caída: la disminución del diámetro de la pantorrilla y la imposibilidad para mantenerse sobre una pierna durante cinco segundos. Estas dos circunstancias, habitualmente relacionadas entre sí, traducen dos mecanismos fisiopatológicos relacionados en una caída. Por un lado, una disminución en la capacidad de respuesta y/o velocidad del arco reflejo responsable del mantenimiento del equilibrio, y, por otro, la atrofia muscular y la deficiente mecánica articular que dificultan la ejecución de una respuesta rápida.”

“Ambos procesos nos llevan al concepto de caída en dos tiempos en la que el trastorno del equilibrio actúa como desencadenante y los

trastornos musculoesqueléticos condicionan una ausencia o deficiencia de mecanismo compensador.”

Los factores que pueden predisponer a las caídas son los siguientes:

- **Alteraciones oculares:** “La privación visual contribuye en un 50% a la inestabilidad. Los problemas visuales se relacionan con el 25- 50% de las caídas. El envejecimiento habitualmente supone la aparición de cataratas, disminución de la percepción y agudeza visual, disminución de la capacidad para discriminar colores, trastornos en la tolerancia a la luz y adaptación a la oscuridad. Se calcula que un anciano de 80 años ha perdido un 80% de su agudeza visual”.
- **Alteraciones vestibulares:** “Con la edad se produce una pérdida de cilios en el oído interno, angioesclerosis y alteraciones bioeléctricas que se traducen en una respuesta deficiente del reflejo vestíbulo-ocular (ayuda a mantener el equilibrio durante el movimiento) y del reflejo de enderezamiento”.
- **Alteraciones de la propiocepción:** “La sensibilidad propioceptiva es la que permite al cuerpo orientarse en bipedestación y en movimiento con respecto al suelo y a las partes del cuerpo. Se produce un deterioro progresivo de los mecanorreceptores de las articulaciones. Éste es mayor en las extremidades inferiores que en las superiores”.
- **Alteraciones musculoesqueléticas:** “Con la edad, disminuye progresiva la masa magra muscular (sarcopenia). Ésta a su vez se traduce en una disminución progresiva de la fuerza muscular que se centra, sobre todo, en los músculos antigravitatorios (cuádriceps, extensores de la cadera, dorsiflexores del tobillo y tríceps)”.

“Se calcula que a los 70 años la fuerza ha disminuido entre un 25 y un 30% respecto al sujeto joven. El anciano tiene un patrón de actividad muscular proximal (antes el cuádriceps que los tibiales anteriores) ante un intento de aumento de la base de sustentación. Esta respuesta es menos eficaz en el mantenimiento de la estabilidad postural ante cualquier desequilibrio”.

“Hemos valorado hasta ahora las alteraciones fisiológicas propias del envejecimiento, pero existen, además, otros procesos patológicos que contribuyen a la presencia de caídas”.

- **"Cambios cardiovasculares:** Ante un anciano que sufre caídas de repetición, es obligado descartar patología cardíaca. Con el envejecimiento se produce una disminución de la sensibilidad de los barorreceptores por rigidez de las arterias que se traduce en una mala adaptación a los cambios de tensión arterial. Los trastornos del ritmo, la patología valvular o la cardiopatía isquémica pueden provocar un bajo gasto cardíaco y favorecer así la caída”.
- “La hipotensión ortostática tiene una prevalencia en ancianos del 5 al 25%. Se explora mediante el test de Schellong, considerándose positivo si hay una disminución de 20 mm de Hg o más de TAS (tensiones arteriales) al pasar de decúbito a bipedestación transcurridos dos minutos” (6) .
- “La hipersensibilidad del seno carotideo puede ser en ocasiones la causa de caídas de repetición sin explicación. Una buena anamnesis y la realización de doppler pueden identificar sujetos de alto riesgo, facilitando el diagnóstico” (6).
- **Patología degenerativa articular:** “Facilitan la aparición de caídas el dolor, la inestabilidad articular y la aparición de

posiciones articulares viciosas. Patología del pie: artrosis, procesos inflamatorios, hallux valgus, dedos en garra, deformidades de las uñas, problemas isquémicos o neurológicos, etc. Como consecuencia, es frecuente que el anciano tenga un pie doloroso y una marcha insegura. También es importante evaluar el tipo de calzado, ya que en muchas ocasiones es inapropiado, aumentando la inestabilidad y, por tanto, el riesgo de caída” (6).

- **Deterioro cognitivo:** “La demencia puede acrecentar el número de caídas por tener alterada la capacidad de percepción visuoespacial, comprensión y orientación geográfica. En general, toda la patología del SNC (sistema nervioso central) y periférico condiciona un mayor riesgo de caída” (6).

- **Factores extrínsecos:** (6)

Son aquellos factores ambientales que pueden provocar una caída. Esos actúan en compañía con los factores intrínsecos.

Se puede concluir que un adulto mayor frágil está en un constante riesgo de sufrir una caída.

Los factores de riesgo extrínsecos:

- “En el domicilio: Suelos irregulares, deslizantes, muy pulidos, con desniveles, presencia de alfombras, cables u otros elementos no fijos. Calzado inadecuado no cerrado y sin sujeción firme al pie. Iluminación insuficiente o excesivamente brillante. Escaleras sin pasamanos, peldaños altos o de altura irregular y ausencia de descansillos. Lavabos y retretes muy bajos, ausencia de barras de ducha y aseo. Camas altas y estrechas, objetos en el suelo, muebles con ruedas o mesillas de noche que obstruyen el paso. Asientos sin reposabrazos”

- En la vía pública: “Aceras estrechas, con desniveles y obstáculos; pavimento defectuoso, mal conservado o deslizante; semáforos de breve duración, bancos a una altura excesivamente alta o baja, etc”.
- En el transporte público: “Escaleras de acceso excesivamente altas, movimientos bruscos del vehículo, tiempos cortos para entrar o salir”.

“Existen además factores iatrógenos que aumentan el riesgo de sufrir una caída. Entre éstos, el más importante es el producido por fármacos. Se trata, sin embargo, de uno de los factores de riesgo más modificables”.

“Existe una relación directa entre el número de medicamentos y el mayor riesgo de sufrir una caída, considerándose una cifra claramente peligrosa la de cuatro o más”.

“En primer lugar, las benzodiacepinas, y dentro de éstas, las de vida media larga, que incrementan el riesgo de fractura de cadera, mientras que las de vida media corta no lo hacen. En unos casos se debe a la elevada vida media, pero en otros es consecuencia de una dosificación elevada sin tener en cuenta los ajustes necesarios, bien por disminución de la masa magra corporal total o bien de la función renal del anciano”.

(6)

1.4.2 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- **Capacidad Funcional:** “La capacidad funcional se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria, sin necesidad de supervisión, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad”. (4)
- **Caidas:** se define como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo contra su voluntad. (6)
- **Riesgo de caída:** “El riesgo caída es el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. (6)
- **Iatrogenia:** Alteración, especialmente negativa, del estado del paciente producida por el médico”. (17)
- **Ancianos frágiles:** Es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que lo sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad. (18)
- **Propiocepción:** Percepción inconsciente de los movimientos y de la posición del cuerpo, independiente de la visión. (18)
- **Geriatría:** Rama de la medicina que se ocupa de las enfermedades de la vejez y de su tratamiento. (18)
- **Gerontología:** Ciencia que trata de la vejez y de los fenómenos que la caracterizan. (18)
- **Sensibilidad:** Facultad de sentir, propia de los seres animados. (18)

1.4.3 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Ha: La capacidad funcional influye significativamente en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul - Barrios Altos 2018.

Ho: La capacidad funcional no influye significativamente en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul - Barrios Altos 2018.

CAPITULO II:

MÉTODOS

2.1 DISEÑO METODOLOGICO

2.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es cuantitativo, descriptivo, prospectivo.

2.1.2 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Descriptivo, observacional, de corte transversal por que la recolección de datos fue en un solo momento y en un tiempo único.

2.1.3 POBLACIÓN

Todos los adultos mayores que residen en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul.

Unidad: Adulto Mayor residente

2.1.4 MUESTRA Y MUESTREO

Todos los Adultos mayores que cumplan los criterios de inclusión / exclusión.

2.1.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- a) Adulto mayor de 60 años a más, que residan en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul.
- b) Tutor legal que otorgue su consentimiento informado para participar en el estudio.
- c) Adulto mayor que pertenezca al pabellón de parciales.
- d) Adulto mayor que deambula con/sin bastón.

- e) Adulto mayor que deambula sin supervisión.

2.1.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- a) Adulto mayor postrado.
- b) Adulto mayor que pertenezca al pabellón de totales.
- c) Adulto mayor que pertenezca al pabellón de agudos.

2.1.5. VARIABLES

- Variable Correlacional 1
 - Capacidad Funcional
- Variable Correlacional 2
 - Riesgo de caída

2.1.6. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. INDICE DE BARTHEL (19)

“La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que de la población general. Además, la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionada con la salud. Actualmente, incluir la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud”. (19)

“El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades”.

“El IB se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1955, Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación”.

“Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera

publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones”.

“En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las Actividades de vida diaria”.

“El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal: uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/ desvestirse, control de heces y control de orinar”.

Interpretación del Índice de Barthel:

“El rango de posibles valores del IB está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia”.

“El IB puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías (las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2 o 3 puntos) resultando un rango global entre 0 y 20”.

“La interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación del IB es”:

- 0 - 20: Dependencia total
- 21 - 60: Dependencia grave
- 61 - 90: Dependencia moderada
- 91 - 99: Dependencia leve
- 100: Independencia

“Para efectos de la presente investigación se utilizó la ficha de evaluación que se utiliza en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul, ya que nos permitirá compartir los resultados para fin de mejorar la condición de los usuarios”.

Validez:

“A la hora de considerar la validez del IB (capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir) hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada”. (19)

“De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1.00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97”.

“En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alfa de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah et al”.

“En este sentido se ha observado que el IB inicial es un buen predictor de la mortalidad.

Es presumible que esta asociación se deba a la habilidad del IB para medir discapacidad, condición ésta que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad” (19) (Anexo 1).

II. ESCALA DE RIESGO DE CAIDAS DE J.H DOWNTON (8)

“Esta escala fue creada en el año 1993, en Salford, Manchester, Inglaterra, por el medico J.H. Downton del departamento de medicina geriatría, con el nombre de “Fall Risk Score”, en la versión española es encontrado con el nombre de Escala de Riesgo de Caídas de J.H. Downton.” (8)

“Esta escala se viene usando en el programa de estrategia de prevención, detección y actuación ante el riesgo de caídas en el sistema sanitario público de Andalucía, por el departamento de enfermería”

“En Lima se aprobó una Directiva de prevención del paciente hospitalizado del Hospital Santa Rosa, el cual valora y registra el riesgo de caída del paciente hospitalizado mediante la escala de J.H. Downton desde el 2014, por departamento de Enfermería”. (8)

Entre los ítems que se valora se encuentran los siguientes:

a) CAÍDAS PREVIAS

“Conocer el número de caídas en el último año, si se han dado en más de una ocasión, o si han estado ausentes”.

- “Medida de prevención: Conocer la historia previa de caídas e investigar y actuar sobre los factores desencadenantes”

b) MEDICAMENTOS

“Una de las consecuencias directas del envejecimiento de la población es el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que implica un mayor consumo de fármacos y derivado de ello, un incremento de problemas relacionados con los medicamentos”.

- **“Medida de prevención:** uso correcto de los medicamentos, cumplimiento en la frecuencia de las dosis, evitar la confusión entre distintos fármacos o la automedicación”

c) DÉFICIT SENSORIALES

“Alteración visual: La disminución de la visión es una causa frecuente de accidentes, especialmente en el hogar. Alteración permanente en los ojos, en las vías de conducción del impulso visual o en la corteza cerebral que produce una disminución patente en la capacidad de visión, disminución de la percepción y agudeza visual, disminución de la capacidad para discriminar colores, trastornos en la tolerancia a la luz y adaptación a la oscuridad”. (8)

- **“Medidas de prevención”:** “Se debe, por lo tanto, educar al paciente y a su familia para mantener una buena iluminación sobre todo en pasillos y baños. Además, se debe procurar mantener alfombras en buen estado, y evitar dejar juguetes (y artículos en general), en el suelo. Es importante al examinar al paciente preguntar si usa lentes, desde cuando, como ve con ellos, y en lo posible revisarlos para comprobar su buen estado. Etiquetar los fármacos según sea su aplicación, tener una lupa y luz adecuada”. (8)

Alteración auditiva: “A medida que se envejece, las estructuras dentro del oído comienzan a cambiar y sus funciones

disminuyen. La pérdida de audición puede ser producida por una alteración de cualquier componente del sistema auditivo, pero lo más frecuente es que se deba a un trastorno relacionado con la edad llamado presbiacusia. Esta es una hipoacusia de tipo sensorioneural, es decir del oído interno y/o nervio acústico, en que se observa una disminución de la percepción de frecuencias altas (agudas). La capacidad para captar los sonidos disminuye”.

“También puede presentar problemas para mantener el equilibrio cuando se sienta, se para o camina. La pérdida de equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de la pérdida de cilios en el oído interno, angiosclerosis y alteraciones bioeléctricas, produciendo respuestas deficientes del reflejo vestíbulo-ocular (ayuda a mantener el equilibrio durante el movimiento) y de las reacciones de enderezamientos”. (8)

- **“Medidas de prevención:** resulta útil aumentar levemente el volumen de la voz. Otras técnicas de comunicación con el paciente son: captar la atención y la mirada de la persona, sentarse frente a frente y modular bien la voz”.

d) ESTADO MENTAL

“Orientado: persona orientada en tiempo, espacio y lugar”.

“Confuso: la demencia puede acrecentar el número de caídas por tener alterada la capacidad de percepción visuoespacial, comprensión de la orientación geográfica”.

- **“Medidas de prevención:** Apoyo familiar, buscar tener una persona que este pendiente del adulto mayor confuso”.

e) DEAMBULACIÓN:

“Los adultos mayores son especialmente sensibles a disminuir su capacidad locomotora, iniciando de esta forma un progresivo deterioro del estado de funcionalidad física, psíquica y social. A los 60 años, un 15% de los individuos presentan alteraciones en la marcha, 35% a los 70 años y aumenta hasta cerca del 50% en los mayores de 85 años. La alteración de la capacidad de marcha en los ancianos se puede complicar con caídas, es predictor de deterioro funcional, aumenta la morbilidad y contribuye al ingreso a residencias de larga estadía. Por todo lo expuesto es que el trastorno de la marcha constituye uno de los síndromes geriátricos más importantes”. (8)

Dentro de la escala de J.H. Downton encontramos los siguientes ítems:

- **“Marcha normal:** Persona que se desplaza sin asistencia. Puede observarse disminución de la longitud y velocidad del paso, aumentando la base de sustentación, facilitando el equilibrio de la marcha”.
- **“Marcha segura con ayuda:** Personas que se desplazan con ayuda biomecánica o sin ellas, pero que conserva las condiciones de equilibrio”.
- **“Marcha insegura con/sin ayuda:** Marcha con sensación de pérdida de equilibrio estando de pie o caminado. Por lo general implica la necesidad de esfuerzo consciente y continuo para prevenir caídas”.
- **“Marcha imposible:** Personas que se encuentran limitadas por las condiciones físicas a poder desplazarse de un lugar a otro”.

“Medidas de prevención: Evaluación sensorial, zapatos apropiados: tacón bajo, bien amarrados, utilizar calzado con suela de goma. Reeducción del patrón de marcha. Alfombra plana. Piso pulido. Evaluar y elegir la ayuda biomecánica más apropiada. Desplazarse en ambientes sin obstáculos. Buena iluminación nocturna” (8) (Anexo 2)

2.1.7. PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS DE DATOS

Antes de iniciar el proceso de recolección de datos, el proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Teniendo toda la documentación necesaria para empezar con la ejecución de tesis, se solicitó la carta de presentación a la Escuela de Tecnología Médica para presentarla en la Oficina Central de la Beneficencia de Lima que se encuentra ubicada en Jr. Carabaya 756 – Cercado de Lima. La recolección de datos de los albergados, se efectuó los días martes y jueves de 3:00 a 6:30 pm en los meses de mayo a julio del año 2018.

Se programó una entrevista con la directora del Centro Geriátrico Residencial San Vicente de Paul con la cual presento y explico los propósitos de la investigación para el centro.

Se presentó las fichas de recolección de datos y los objetivos de la investigación al tutor legal de los albergados, el consentimiento informado, una vez que aceptó, se pasó a la firma del mismo.

Se utilizó el programa Microsoft Excel 2013 para la elaboración de la base de datos, para posteriormente ser procesada. Se utilizó para el análisis estadístico y los resultados descriptivos (PRUEBA DE FISHER) fueron realizados con el software estadístico SPSS (Statistical Product and Service Solutions) v.22.

2.1.8. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La información recopilada sobre los adultos mayores albergados evaluados fue aceptado por su tutor legal al firmar el consentimiento informado, luego de la explicación de los objetivos (Anexo N°3).

La información recopilada fue de uso confidencial y de manejo por parte de la investigadora.

El estudio respeta los principios éticos como son autonomía, justicia, beneficencia y no-maleficencia. :

- El principio de autonomía se expresa como respeto a la libre elección de los albergados o del personal a cargo a participar, por consiguiente aceptan voluntariamente y con consentimiento informado a ser parte del estudio.
- El principio de justicia implica que todas lo albergados y personal a cargo puedan acceder a una igual condición de trato, además de ello se mantendrá la confidencialidad de sus datos.
- El principio de beneficencia, se refiere acerca de informar sobre la importancia de la medicina para alcanzar el bienestar de los pacientes, para ello el personal que está a cargo será informado del impacto que se puede lograr con una buena atención.
- Y finalmente el principio de no maleficencia que no permite provocar mal o daño.
- Se respetarán los derechos del autor obtenidos para la elaboración del marco teórico y se hará referencia en la bibliografía, así también la confidencialidad manteniendo la reserva de los datos obtenidos durante la investigación.

CAPITULO III:

RESULTADOS

TABLA 1: PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL. LIMA 2018.

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL. LIMA 2018.				
Variables	Mujeres	%	Hombres	%
Sexo	23	40.4	34	59.6
Edad (años)				
60 - 64	0	0	3	5.26
65 - 69	1	1.75	0	0
70 - 74	4	7.01	6	10.52
75 - 79	7	12.28	5	8.77
≥ 80	11	19.29	20	35.08
Estado civil				
Soltero	20	35.08	28	49.12
Casado	1	1.75	5	8.77
Divorciado	0	0	0	0
Viudo	2	3.50	1	1.75
Grado de instrucción				
Analfabeto	10	17.54	3	5.26
Primaria	9	15.78	19	33.33
Secundaria	3	5.26	10	17.54
Superior	1	1.75	2	3.50

La tabla 1 muestra las características de la población adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul. Se entrevistó a 57 albergados cuya edad promedio fue de 80.37 años de ellos el 59.6% fue varones y el 40.4 % mujeres; en cuanto al estado civil el 49.12 % son solteros y el 33.33% tienen grado de instrucción primaria (datos obtenidos del padrón de residentes).

TABLA 2: INFLUENCIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL SOBRE EL RIESGO DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL – BARRIOS ALTOS 2018.

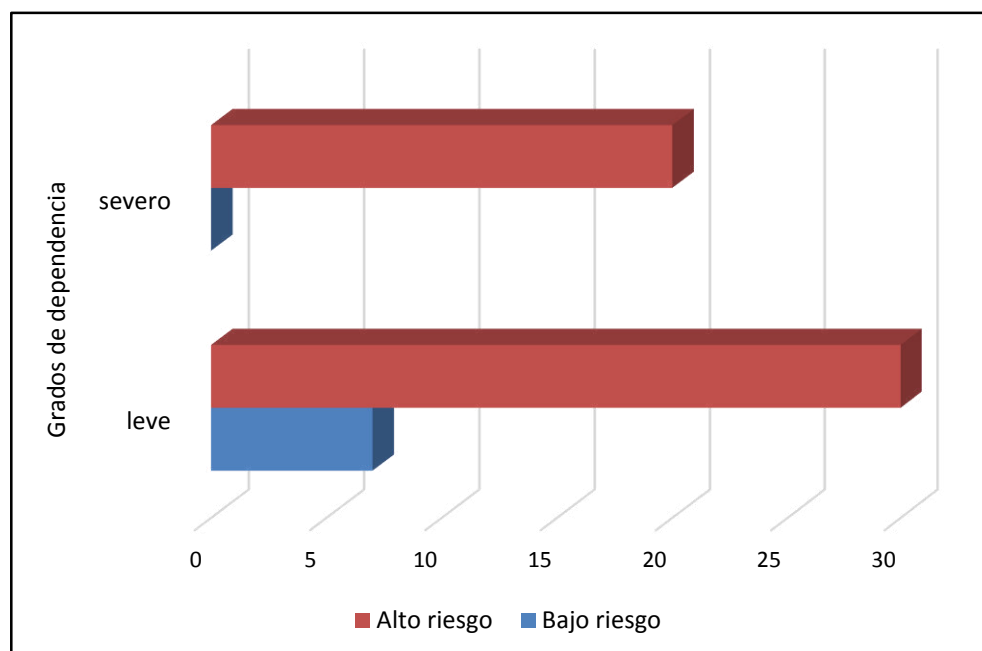
INFLUENCIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL SOBRE EL RIESGO DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL – BARRIOS ALTOS 2018.							
		GRADO DEPEDENCIA				Total	
		LEVE		SEVERO			
CLASIFICACION DEL RIESGO DE CAIDA	BAJO RIESGO	7	12.29 %	0	0%	7	12.29 %
	ALTO RIESGO	30	52.63 %	20	35.08 %	50	87.71 %
TOTAL		37	64.92 %	20	35.08 %	57	100 %

Estadísticos de prueba acorde al programa estadístico SPSS Resultados de la capacidad funcional y el riesgo de caída	
	Valor
Chi-cuadrado de Pearson	4,314 ^a
Sig. asintótica (2 caras)	0.038
	<i>Significación exacta (2 caras)</i>
Prueba exacta de Fisher	.045
a. 2 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2.46.	
b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2	

En base a los resultados estadísticos obtenidos de las dimensiones del índice de Barthel y de la escala de riesgo de caída con lo cual se determinó lo siguiente:

Usando la prueba exacta de Fisher del SPSS se obtuvo los valores del estadístico de p valor = 0.045. Como p valor es menor que 0.05 se concluye que se rechaza la hipótesis nula, es decir: la capacidad funcional influye en el riesgo de caída de los adultos mayores albergados en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul – barrios altos 2018.

Gráfico N° 1: Muestra la relación del grado de dependencia y la clasificación del riesgo de caída(Bajo riesgo y Alto riesgo) de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul Barrios Altos 2018



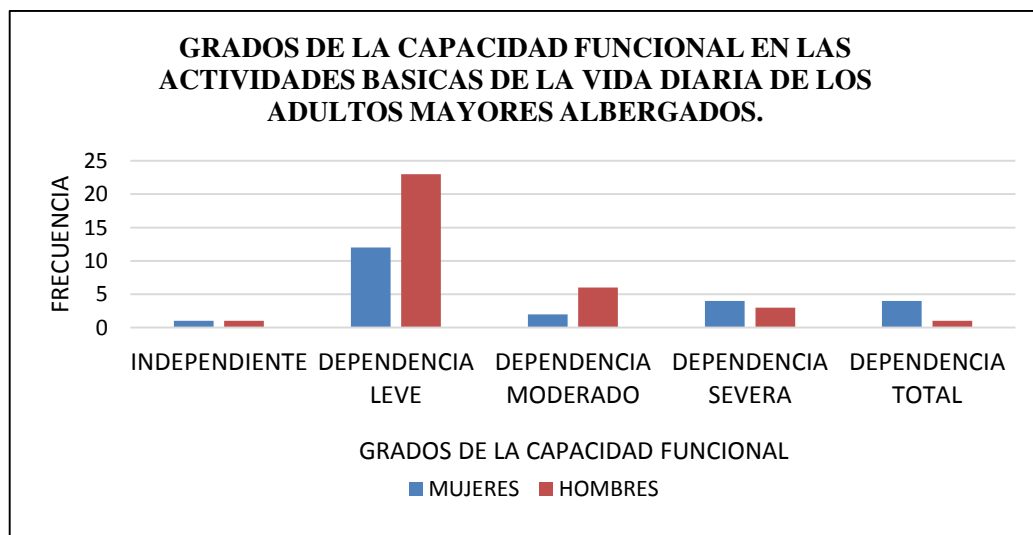
Del total de la muestra de los 57 adultos mayores albergados, 50 de los adultos mayores albergados presentan un Alto riesgo (87.7 %) y 7 adultos mayores presenta Bajo riesgo (12.28 %).

TABLA 3: INFLUENCIA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL SOBRE EL RIESGO DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL – BARRIOS ALTOS 2018.

GRADOS DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL. LIMA 2018					
CAPACIDAD FUNCIONAL	MUJERES		HOMBRES		TOTAL GENERAL
	n	%	n	%	
INDEPENDIENTE	1	1.75	1	1.75	2
DEPENDENCIA LEVE	12	21.05	23	40.35	35
DEPENDENCIA MODERADO	2	3.50	6	10.52	8
DEPENDENCIA SEVERA	4	7.01	3	5.26	7
DEPENDENCIA TOTAL	4	7.01	1	1.75	5
TOTAL	23	40.35	34	59.63	57

En la tabla 3 se observa que los adultos mayores albergados presentan mayoritariamente DEPENDENCIA LEVE (61.40%) en la realización de sus actividades básicas de la vida diaria y se observa también que el mayor número de DEPENDENCIA MODERADA (10.52%) se encuentra en el sexo masculino.

Gráfico N°2: Grados de la capacidad funcional en las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul Barrios Altos 2018.



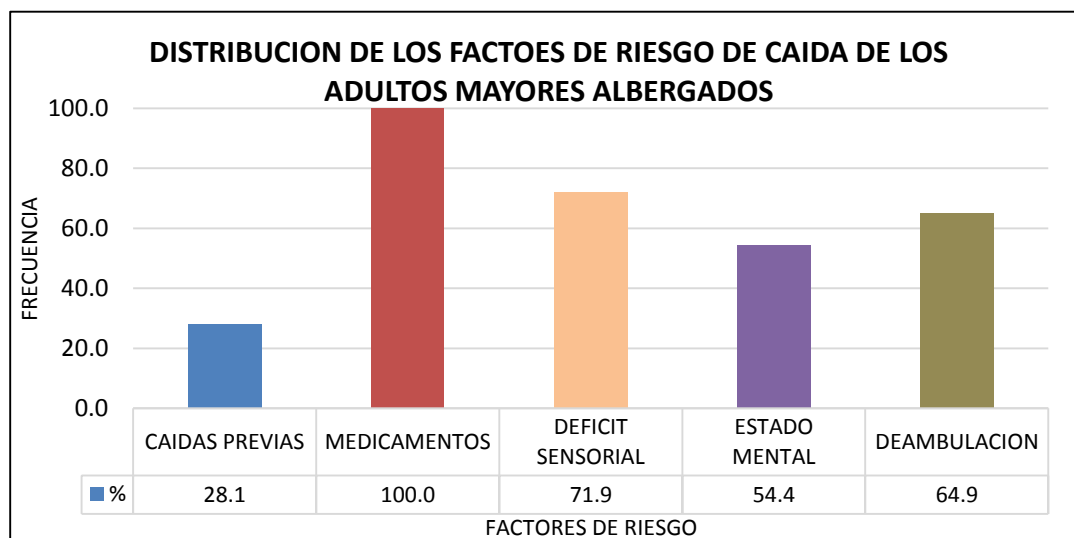
El gráfico muestra que existe una mayor dependencia leve en los hombres que en las mujeres. Y que en relación de los grados de la capacidad funcional la calificación independiente es la que tiene el menor número de mujeres y hombres.

TABLA 4: DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL. LIMA 2018

DISTRIBUCIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE CAÍDA DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL. LIMA 2018		
	n	%
CAIDAS PREVIAS	16	28.1
MEDICAMENTOS	57	100.0
DEFICIT SENSORIAL	41	71.9
ESTADO MENTAL	31	54.4
DEAMBULACION	37	64.9

En la tabla 4 se observa que el mayor factor de riesgo de caída son la toma de medicamentos con un 100 % de los adultos mayores (57 personas). El déficit sensorial se encuentra en un segundo lugar con un 71.9 % y el factor de deambulación con un 64.9 %; un factor no elimina otro factor.

Gráfico N° 3: Distribución de los factores de riesgo de caída de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul Barrios Altos 2018



Se muestra el resultado de los factores de riesgo de caída en dicho gráfico se evidencia que la toma de medicamentos es 100% es decir es el principal factor y como segundo factor condicionante es el déficit sensorial con 71.9 % es decir la población de albergados del centro geriátrico residencial San Vicente de Paul es de riesgo.

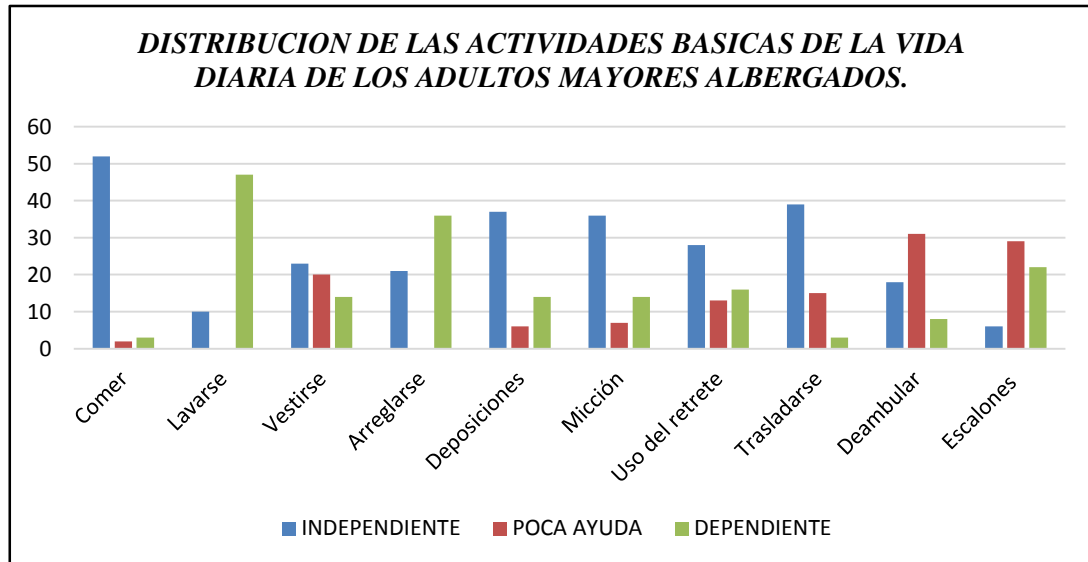
TABLA 5: DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL. LIMA 2018.

DISTRIBUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES ALBERGADOS EN EL CENTRO RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL. LIMA 2018.						
	INDEPENDIENTE		POCA AYUDA		DEPENDIENTE	
<i>Actividad</i>	n	%	n	%	n	%
Comer	52	91.23	2	3.51	3	5.26
Lavarse	10	17.54	0	0	47	82.46
Vestirse	23	40.35	20	35.09	14	24.56
Arreglarse	21	36.84	0	0	36	63.16
Deposiciones	37	64.91	6	10.53	14	24.56
Micción	36	63.16	7	12.28	14	24.56
Uso del retrete	28	49.12	13	22.81	16	28.07
Trasladarse	39	68.42	15	26.32	3	5.26
Deambular	18	31.58	31	54.39	8	14.04
Escalones	6	10.53	29	50.86	22	38.6

En la tabla 3 se observa los 10 ítems del Índice del Barthel el cual fue utilizado para entrevistar a los adultos mayores y poder determinar cuál de las siguientes actividades es la que se encuentra más afectada para poder realizarla de manera independiente , con un 82.46 % (47 personas) la actividad básica más afectada es LAVARSE.

La actividad indicada como “lavarse” en el instrumento utilizado por la institución corresponde a lo que conocemos como aseo mayor. Si bien muchos/algunos de los albergados podrían ser más independientes, es política de la institución, preservar su salud en la realización de esta actividad a fin de evitar daño mayores.

Gráfico N°4: Distribución de las actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores albergados en el Centro Residencial Geriátrico San Vicente de Paul. Barrios Altos. Lima 2018



Se muestra que las actividades básicas que realiza de manera independiente la gran mayoría de los adultos mayores es la de alimentación (91.23 %) y trasladarse (68.42%). En la que necesita poca ayuda es para deambular (54.39%) y subir escalones (50.86%). Y en las que son dependientes es lavarse (82.46%) y arreglarse (63.16%).

CAPITULO IV:

DISCUSION

Este estudio tuvo como propósito principal determinar si existe influencia de la capacidad funcional sobre el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro Asistencial Geriátrico San Vicente de Paul. Estas dos variables están conformadas por dimensiones en el caso de la Capacidad Funcional le corresponde: Las Actividades de vida diaria; mientras que en el riesgo de caída le corresponde las dimensiones de caídas previas, medicamentos, déficit sensorial, estado mental y deambulaci3n. Se evalu3 a 57 adultos mayores albergados y se analiz3 los indicadores de cada dimensi3n.

En cuanto la capacidad funcional y el riesgo de ca3da del adulto mayor albergado en este estudio se encontr3 que existe relaci3n significativa de la capacidad funcional sobre el riesgo de ca3da del adulto mayor albergado (valores del estadístico de p valor = 0.045).

Los resultados obtenidos por otros investigadores como es el caso de Thaís Alves Brito y colaboradores en *“Caídas y capacidad funcional en ancianos longevos residentes en la comunidad”*. Encontraron que la prevalencia de caídas fue 27,7% en los adultos mayores y el 19.6% fueron clasificados como dependientes para actividades de vida diaria.

Al igual que la presente investigaci3n la prevalencia de caídas es de 87.7% en los adultos mayores albergados y clasificados como dependientes leves para las actividades de vida diaria (61.40%).

Al relacionar los datos de las edades con el nivel de capacidad funcional se encontr3 que existe una relaci3n inversa de la capacidad funcional con la edad de los adultos mayores ≥ 80 ańos (n=15) con un 26.31%.

Al igual que los obtenidos por el investigador T.Y Delgado Cerrot (2014) *“Capacidad funcional del adulto mayor y su relaci3n con sus características sociodemográficas, Centro de Atenci3n Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro” Lima, 2014”*. En el cual los resultados arrojaron que existe una relaci3n inversa y notoriamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0.433$ y una $p = 0.013 \%$; encontraron que existe una mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 ańos) con 85,7%. En las

conclusiones encontraron que existe una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor.

En cuanto la clasificación del riesgo de caída se obtuvo en este estudio que de 57 adultos mayores albergados, el 40.34 % es del sexo femenino y el 59.65 % son del sexo masculino. La edad promedio es 80.37 % años, el 87.71 % presentaron un alto riesgo de caída y un 12.29 % riesgo bajo. Si específico según rangos de edad con respecto a los de 80 años a más demuestran tener un Alto riesgo y en grupo de 60 a 64 años se demuestra que hay riesgo bajo de caída.

Este resultado es similar con los objetivos que se encontraron en el estudio de Jhoana Gretel Quiñonez Torres “**Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016 Perú.**” En el cual los resultados fueron que el promedio de las edades fue de 76.8 años. El 70% de los adultos mayores presentaron un riesgo alto de caída y el 30% de los adultos mayores riesgo bajo. Al relacionar lo grupos de edades con el riesgo de caída se obtuvo: Riesgo bajo (58.3%) el grupo de 60 a 71 años, con el riesgo alto (42.9%) al grupo de 72 a 81 años y en el grupo de 93 a 101 años hay un riesgo alto.

También se halló que un determinante para el riesgo de caída alto es la medicación administrada a los adultos mayores que es de un 100% y en el estudio anterior fue de 87% la toma de medicamentos.

Luego se relacionó el riesgo de caída con el sexo en los adultos mayores en lo cual se obtuvo que en el sexo masculino el 54.38 % es Alto riesgo, los que tienen bajo riesgo es de 5.26%. En el caso de las mujeres el Alto riesgo es de 33.33 % y Bajo riesgo es de 7.01%.

Este resultado es diferente al que se obtuvo en el estudio de Jack Roberto Silva Fhon y colaboradores en el 2012 “**Caidas en el adulto mayor y su relación con la capacidad funcional Brasil**”. Que hubo predominio de mujeres que sufrieron caídas relacionados a la independencia funcional con un 68.75 % y en el caso del sexo masculino fue de 31.25 % esto demuestra que en el transcurso de 6 años se evidencia cambios que tienen

relación con la edad de los adultos mayores ya que esta población estaba conformada por adultos mayores más jóvenes.

En cuanto la utilización de la escala de Barthel para demostrar los niveles de dependencia de los adultos mayores albergados se obtuvo en esta investigación que la muestra tiene un resultado mayor en dependencia leve tanto en el sexo femenino de 21.05% y en el sexo masculino de 40.35%; dependencia moderada en el sexo femenino 3.50 % y en el sexo masculino es de 10.52%; Dependencia severa en el sexo femenino 7.01% y en el sexo masculino es de 5.26% y dependencia total en el sexo femenina 7.01% y en el sexo masculino es de 1.75 %;

Este resultado es diferente al que obtuvieron en el estudio de María Elena Flores Villavicencio y colaboradores 2014 ***“Funcionalidad y autopercepción de la salud en adultos mayores con fracturas” México.*** En el cual los resultados fueron que 69.1% eran mujeres y 30.9% varones. Mediante la escala de Barthel demostraron que 45.3% de los adultos mayores incluidos en el estudio mostraron niveles de dependencia total (inmovilidad completa) y 33.0% dependencia grave (movilidad limitada). Los resultados indican que estas personas no podían realizar todas las actividades básicas de la vida diaria debido a la pérdida de su autonomía.

Y también en el estudio de María Isabel Arteaga-Hernández y colaboradores 2014 ***“Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor” México.*** “Respecto a las capacidades funcionales evaluadas con la Escala de Barthel; es posible apreciar que 57 % de los adultos mayores de esta muestra tenía dependencia severa, con lo cual indicaron que este grupo necesita cuidado sustitutivo para realizar actividades relacionadas con la alimentación, traslado, aseo y movilidad. Al relacionar los datos con los grupos de edad y el nivel de dependencia fue posible observar que la dependencia era directamente proporcional a la edad”.

CAPITULO V:
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 CONCLUSIONES

1. En el perfil sociodemográfico de los adultos mayores albergados en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul se entrevistó a 57 albergados cuya edad promedio fue de 80.37 años; de ellos el 59.6% fue varones y el 40.4 % mujeres. En cuanto a la edad la muestra tiene de ≥ 80 años de edad con un 54.37%. El estado civil es soltero con un 84.20% y el 49.11% tienen grado de instrucción primaria.
2. La capacidad funcional influye significativamente en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul (Alto Riesgo 87.7%).
3. Las factores de riesgo más frecuentes de caída que presentan los adultos mayores albergados en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul son Medicamentos (100 %), Déficit sensorial (71.9 %), Deambulaci3n (64.9 %), Estado mental (54.4 %) y caidas previas (28.1 %).
4. Las actividades básicas más afectadas en los adultos mayores albergados en el Centro Geriátrico San Vicente de Paul fueron Lavarse (82.46 %), Arreglarse (63.16 %), Uso del retrete (28.07 %) y la menos afectada fue Comer (5.26%).

4.2 RECOMENDACIONES

1. Se sugiere continuar con investigaciones más exhaustivas relacionadas con los actividades básicas de la vida diaria y como estas repercuten para que el adulto mayor sufra de caídas.
2. Evaluar el medio ambiente y eliminar los factores de riesgo por como las barreras arquitectónicas.
3. Orientar al personal para el apoyo y traslado del adulto mayor cuando camina largos trechos.
4. Establecer convenios con Universidades e Institutos para las prácticas profesionales.
5. Establecer rondas de vigilancias nocturnas para el control de los albergados y evitar caída.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Online].; 2017 [cited citado el 20/08/17. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>.
2. Pinedo L. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rpmesp.ins.gob.pe. [Online].; 2016.. Available from: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2196/2219>.
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú viven más de 3 millones de adultos mayores. [Online].; 2015 [cited citado el 21/08/17. Available from: www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570.
4. Del Águila Coquinche C SGL. Síndromes Geriátricos y Capacidad Funcional en adultos mayores del centro de salud I-3 San Juan (Minsa) Iquitos 2014. [Bachiller].Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. 2014..
5. Cervantes Becerra R, Villarreal Ríos E. Estado de salud en el adulto mayor en atención primaria a partir de una valoración geriátrica integral. ScienceDirect. 2014.
6. Antón Jiménez M, Abellán Van Kan G. Tratado de geriatría para residentes. 2007. Madrid:Sociedad Española de Geriatría y Gerontología : International Marketing & Communication, S.A.
7. Organización Mundial de la Salud. Caídas [Internet]. [Online].; 2017 [cited [citado el 2/10/17]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/>.
8. Quiñonez Torres JG. Riesgo de caídas en los pacientes adultos mayores del Hospital Geriátrico de la Policía San José, 2016. [Online].; 2017. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/6156>.

9. Delgado Cerrot T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodolfo vda. De canevaro” lima, 2014 [Bachiller]. Universidad San Martin de Porres. 2014..
10. Pinheiro de Moraes E. Capacidad funcional de ancianos con edad avanzada: estudio comparativo en tres regiones de Rio Grande del Sur [Internet]. Rev. Latino Am.Enfermagen. 2010. <http://www.eerp.usp.br/riae>.
11. Silva Fhon JR. Accidental falls in the elderly and their relation with functional capacity. Latino-Am. Enfermagem. 2012 Sept./Oct; 20(5).
12. Alves Brito T. Caídas y capacidad funcional en ancianos longevos residentes en la comunidad. [Online].; 2013. Available from: [Available from: http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_06.pdf).
13. Arteaga Hernandez MI. Capacidad funcional física y necesidades humanas del adulto mayor. Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2015; 23(1).
14. Villavicencio Flores M. Funcionalidad y autopercepción de la salud en adultos mayores con fracturas. [Online].; 2014. Available from: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/viewFile/1819/3306>.
15. Publicaciones medicas. Vision actualizada de la geriatría y gerontología. 2000. Available from: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/Boletin/IndiceBoletin.html>.
16. Organización Panamericana de la Salud. Caidas. [Online].; 2001 [cited 2017 10 4. Available from: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia05.pdf>.
17. Española DdlRA. Diccionario de la lengua española. [Online].; 2017 [cited 2017 10 30. Available from: <http://dle.rae.es/?id=XaAackN>.
18. Martin Lesende I. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. 2009. ScienceDirect [Internet].Sciencedirect.com.

19. Cid-Ruzafa J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. [Online].; 1997 [cited 2017 11 10. Available from: Available at: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/barthel>.
20. Sociedad de Beneficencia de Lima. San Vicente de Paúl sdv. Sblm.gob.pe. [Online].; 2016 [cited 2017 09 7. Available from: <http://www.sblm.gob.pe/programas-sociales/san-vicente-de-de-paul>.

ANEXOS

Anexo N° 1: Instrumento de evaluación

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA DE LIMA METROPOLITANA
CENTRO ASISTENCIAL RESIDENCIAL GERIATRICO
SAN VICENTE DE PAUL

Nombre del residente:
Pab:

Nombre del evaluador:
Fecha:

INDICE DE BARTHEL
Actividades básicas de la vida diaria
Se puntúa la información obtenida del cuidador principal

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTUACION
Comer	- Totalmente Independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc.	5
	- Dependiente, necesita ser alimentado por otra persona	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: Es capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las anos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente un episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas.	5
	- Incontinencia	0
Micción	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta..	10
	- Ocasional algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda.	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa.	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo.	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo.	5

	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 mts.	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 mts.	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda.	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo.	5
	- Dependiente	0
	TOTAL	

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)	
Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20 - 35	Severo
45 - 55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

ESCALA DE RIESGO DE CAIDA J. H. DOWNTON ⁷

I. DATOS GENERALES	1) Edad (años)
	2) Sexo a) femenino () b) masculino ()
II. ESCALA J.H DOWNTON	1. CAÍDAS PREVIAS: a) Si () b) No () Nª Caídas en el último año:
	2. MEDICAMENTOS que toma, marco con (X) <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno () • Tranquilizantes () • Sedantes () • Diuréticos () • Hipotensores () • Antiparkinsonianos () • Antidepresivos () • Otros medicamentos ()
	3. DÉFICIT SENSORIAL, Marcar con (X) de presentar el déficit: <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno () • Alteraciones auditivas () • Alteraciones visuales () • Extremidades (parálisis, paresia) ()
	4. ESTADO MENTAL: Orientado () Confuso ()
	5. DEAMBULACIÓN:

	<ul style="list-style-type: none"> • Normal () • Segura con ayuda () • Insegura con/sin ayuda () • Imposible ()
--	---

ESCALA DE RIESGO J. H. DOWNTON ⁷

Criterio de evaluación	Variables	Puntaje
Caídas previas	No	0
	Si	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes, Sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Déficit sensoriales	Ninguno	0
	Alteraciones auditivas	1
	Alteraciones visuales	1
	Extremidades (parálisis, paresia...)	1
Estado Mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	Imposible	1
Total Puntaje		

N.A: = No aplica

Clasificación:

Riesgo Bajo: 0 a 2 puntos

Riesgo Alto: 3 a más puntos

Anexo N° 2: Documento del comité de ética



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA

"Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional"



Lima, 15 de marzo de 2018

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0703-D-FM-2018

Visto el Expediente N° 04367-FM-2018 de fecha 13 de marzo de 2018 de la Unidad de Trámite Documentario y Archivo de la Facultad de Medicina, sobre aprobación de Proyecto de Tesis.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 1569-D-FM-2013 ratificada con Resolución Rectoral N° 01717-R-2016 de fecha 19 de abril de 2016, se aprueba el Reglamento para la Elaboración de Tesis para optar el Título Profesional en las Escuelas Académico Profesionales de la Facultad de Medicina, que en su **Capítulo I. Introducción, Art. 2:** establece que: *"La tesis debe ser un trabajo inédito de aporte original, por la cual se espera que los estudiantes adquieran destrezas y conocimientos que los habiliten para utilizar la investigación como un instrumento de cambio, cualquiera sea el campo del desempeño"* así mismo, en su **Capítulo VI: Del Asesoramiento de la tesis:** Art. 28 establece que: *"La Dirección de la EAP con la opinión favorable del Comité de Investigación, solicitará a la Dirección Académica la Resolución Decanal respectiva para proceder a su ejecución"*;

Que, mediante Oficio N° 0599/FM-EPTM/2018 la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, informa que el Proyecto de Tesis que figura en la propuesta cuenta con opinión favorable de la Comisión de Investigación de la citada Escuela para su ejecución, y;

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

SE RESUELVE:

1º Aprobar el Proyecto de Tesis, según detalle:

Estudiante: Jenny Jessy Carrillo García Cód. 14010512 E.P. Tecnología Médica Área: Terapia Ocupacional	Título del Proyecto de Tesis: "CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN EL RIESGO DE CAÍDA DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA ALBERGADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL - BARRIOS ALTOS, LIMA 2018".
Asesora: Lic. Alicia Violeta Herrera Bonilla Código Docente: 084026	

2º Encargar a la Escuela Profesional de Tecnología Médica el cumplimiento de la presente resolución.

Regístrese, comuníquese, archívese.



DRA. ÁNGELA R. CORNEJO V. DE ESPEJO
Vicedecana Académica



DR. SERGIO G. RONCEROS MEDRANO
Decano



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
(Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA)
FACULTAD DE MEDICINA



« Año del Diálogo y la Reconciliación Nacional »
« Año del Centenario del Museo de Historia Natural y de la Revista Anales de la Facultad de Medicina »

Lima, 05 de junio de 2018

RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 1471-D-FM-2018

Visto el Expediente N° 09771-FM-2018 de fecha 05 de junio de 2018 de la Unidad de Trámite Documentario y Archivo de la Facultad de Medicina, sobre rectificación de la Resolución de Decanato N° 0703-D-FM-2018.

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución de Decanato N° 0703-D-FM-2018 de fecha 15 de marzo de 2018, aprueba el Proyecto de Tesis titulado: "CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN EL RIESGO DE CAÍDA DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA ALBERGADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL - BARRIOS ALTOS, LIMA 2018" de la tesista Jenny Jessy Carrillo García, con código de matrícula N° 14010512, perteneciente a la Escuela Profesional de Tecnología Médica;

Que, la tesista JENNY JESSY CARRILLO GARCÍA, con código de matrícula N° 14010512, perteneciente a la Escuela Profesional de Tecnología Médica, solicita cambio de título del Proyecto de tesis, toda vez que observa que la delimitación de la población reduce en demasía la muestra; contando para ello con la aprobación del asesor de la tesis;

Que, mediante Oficio N° 1267/FM-EPTM/2018 la Directora de la Escuela Profesional de Tecnología Médica, remite con opinión favorable lo solicitado por la tesista; y,

Estando a lo establecido por el Estatuto de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria N° 30220;

SE RESUELVE:

- 1° Rectificar la Resolución de Decanato N° 0703-D-FM-2018 de fecha 15 de marzo de 2018, por las consideraciones antes expuestas y de acuerdo a lo detallado:**

Dice:

"CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN EL RIESGO DE CAÍDA DEL ADULTO MAYOR CON DEMENCIA ALBERGADOS EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL - BARRIOS ALTOS, LIMA 2018"

Debe decir:

"CAPACIDAD FUNCIONAL Y SU INFLUENCIA EN EL RIESGO DE CAÍDA DEL ADULTO MAYOR ALBERGADO EN EL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERIÁTRICO SAN VICENTE DE PAUL - BARRIOS ALTOS, LIMA 2018"

Quedando vigente todo lo demás que ella contiene.

- 2° Encargar a la Escuela Profesional de Tecnología Médica el cumplimiento de la presente resolución.**

Regístrese, comuníquese, archívese.



DR. ANJELA R. CORNEJO V. DE ESPEJO
Vicedecana Académica

Decanato / EPTM / Interesada



DR. SERGIO G. RONCEROS MEDRANO
Decano

/vjm.

Anexo N° 3: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Capacidad funcional y su influencia en el riesgo de caída del adulto mayor con demencia albergados en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul – Barrios Altos, Lima 2018”

Investigadora: Carrillo García Jenny Jessy

Propósito:

La investigadora de la Escuela de Tecnología Médica del Área de Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se encuentra realizando estudios acerca de la Capacidad funcional y su influencia en el riesgo de caída de las personas adultas mayores albergados en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul con el propósito de determinar cuánto influye la capacidad funcional en el riesgo de caída en el adulto mayor.

En nuestro país muy poco se sabe acerca si esta correlación es una determinante importante en el proceso del envejecimiento y es importante ya que con esto buscaría implementar medidas de prevención para que el adulto mayor no sufra de caídas en el lugar donde habita.

Participación:

Este estudio pretende conocer la influencia que existe entre la capacidad funcional y el Riesgo de caída en el adulto mayor; para así poder identificar aquellos factores de riesgo. Si usted participa en el presente estudio únicamente se le va a pedir que resuelva lo más veraz posible dos inventarios de los cuales, uno consta de 7 ítems y el otro de 10 ítems; así mismo se le realizarán algunas preguntas de forma directa las cuales serán administradas por la investigadora.

Riesgos del Estudio:

Este estudio no presenta ningún riesgo físico ni mental para el participante, debido a que NO es un estudio experimental. Para su participación solo es necesaria su autorización, el llenado de los inventarios y responder de forma breve y clara a las

preguntas que se le realizarán; este procedimiento será realizado como máximo en las fechas.

Costo de la Participación:

Su participación en el presente estudio NO tiene costo alguno. Las encuestas a realizar se harán con previa autorización del Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paúl.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida en el estudio es completamente confidencial, solamente los miembros del equipo de trabajo conocerán los resultados y la información. Se le asignará un número (código) a cada uno de los participantes, y este número se usará para el análisis, presentación de resultados, publicaciones, etc. de manera que el nombre del participante permanecerá en total confidencialidad. Con esto ninguna persona ajena a la investigación podrá conocer el nombre de los participantes.

Requisitos de Participación:

Al aceptar la participación deberá firmar este documento llamado consentimiento, con lo cual autoriza y acepta su participación en el estudio voluntariamente. Sin embargo, si usted NO desea participar en el estudio por cualquier razón, puede retirarse con toda libertad en el momento que usted así lo decida, sin que esto represente algún gasto, pago o consecuencia negativa por hacerlo.

Donde y con quién conseguir información:

Para cualquier consulta, queja o comentario favor comunicarse con la Srta. Jenny Carrillo García al 965147135, en horario de oficina, donde con mucho gusto será atendido.

Declaración Voluntaria:

Yo he sido informada del objetivo del estudio, he conocido los riesgos, beneficios y la confidencialidad de la información obtenida. Entiendo que la participación en el estudio es gratuita. He sido informada de la forma de cómo se realizará el estudio y de cómo se recolectará la información. Estoy enterada también que puedo participar o no

continuar en el estudio en el momento que lo considere necesario, o por alguna razón específica, sin que esto represente que tenga que pagar, o recibir alguna represalia de parte del equipo, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Por lo anterior acepto voluntariamente participar en la investigación de:

NOMBRE DE LA PARTICIPANTE	
D.N.I	
FECHA	
NOMBRE DEL TUTOR LEGAL	
FIRMA	

Anexo N° 4: Operacionalización de variables

“Capacidad funcional y su influencia en el riesgo de caída del adulto mayor albergado en el Centro de Atención Residencial Geriátrico San Vicente de Paul – Barrios Altos, Lima 2018”

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	VALOR	INSTRUMENTO
Capacidad Funcional	Es la capacidad de autosuficiencia que tienen las personas para realizar las diversas actividades de la vida diaria de forma independiente y autónoma, ya sean básicas (bañarse, vestirse, ir al baño, traslado, alimentarse, movilizarse, controlar los esfínteres y el arreglo personal entre otras) o instrumentales (cocinar, limpiar, tomar medicamentos, usar transportes públicos, utilizar escaleras y realizar trabajos exteriores como jardinería y cuidado de animales entre otras labores).	La facultad en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia; es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.	Actividades de Vida Diaria	<ul style="list-style-type: none"> Comida Bañarse Arreglo personal Vestuario Control Intestinal Control vesical Transferencia baño Transferencia Silla / cama Deambulación Subir escaleras 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Independiente = 100 puntos (90 silla de ruedas) Dependiente leve = >60 puntos Dependiente moderado = 55 – 44 puntos Dependiente grave = 35 – 20 puntos Dependiente total = < 20 puntos 	INDICE DE BARTHEL
Riesgo de caída	El riesgo de caída es el aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico. La importancia de las caídas radica en su potencial morbilidad y en su papel como marcador para detectar patologías subyacentes.	La caída es el resultado de interacción de factores intrínsecos (trastornos individuales), factores extrínsecos (riesgos medioambientales) y	Caidas previas	<ul style="list-style-type: none"> Caidas el último año Numero de caidas 	Nominal Nominal	<ul style="list-style-type: none"> Si No 1 – 2 3 – 4 5 – 6 7 a + 	ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS DE J.H. DOWNTON.

		factores circunstanciales (relacionados con la actividad que se está realizando).	Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • 0, 1 a 2, 3 a 4, 5 a 7, < 7. 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
			Déficit Sensoriales	<ul style="list-style-type: none"> • Ninguna • Alteraciones auditivas • Alteraciones visuales • Extremidades (parálisis, parestias) 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
			Estado Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Orientado • Confuso 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
			Deambulaci3n	<ul style="list-style-type: none"> • Normal • Segura con ayuda • Insegura con/ sin ayuda • Imposible 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No 	
Edad	Tiempo de vida que tiene una persona.			<ul style="list-style-type: none"> • 60 – 64 • 65 – 69 • 70 – 74 • 75 – 79 • > 80 			HISTORIA CLINICA
Genero	Genero somático de la persona.			<ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 			